



Abschlussbericht Logopädietherapie

An: Schulleitung

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Klasse:	
Schulhaus:		Klassenlehrer/-in:	
Therapeut/-in:		Therapiebeginn:	
Diagnose zu Therapiebeginn:			

Ausgangssituation:

<input type="checkbox"/> Spracherwerbsstörung in der Muttersprache	
<input type="checkbox"/> Phonetik/Phonologie (Artikulation, Lautbildung, Lautanwendung)	
<input type="checkbox"/> Semantik/Lexik (Wortbedeutung, Wortschatz, Wortfindung)	
<input type="checkbox"/> Syntax/Morphologie (Grammatik, Wortgestalt, Wortreihenfolge)	
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis	
<input type="checkbox"/> Kommunikationsverhalten	
<input type="checkbox"/> Nachsprechen	
<input type="checkbox"/> Redefluss	
<input type="checkbox"/> Schriftspracherwerb	
<input type="checkbox"/> Weitere Angaben	
Förderziele gemäss Standortgespräch vom	

Fortschritte:

<input type="checkbox"/> Spracherwerbsstörung in der Muttersprache	
<input type="checkbox"/> Phonetik/Phonologie (Artikulation, Lautbildung, Lautanwendung)	
<input type="checkbox"/> Semantik/Lexik (Wortbedeutung, Wortschatz, Wortfindung)	
<input type="checkbox"/> Syntax/Morphologie (Grammatik, Wortgestalt, Wortreihenfolge)	
<input type="checkbox"/> Sprachverständnis	
<input type="checkbox"/> Kommunikationsverhalten	
<input type="checkbox"/> Nachsprechen	
<input type="checkbox"/> Redefluss	
<input type="checkbox"/> Schriftspracherwerb	
<input type="checkbox"/> Weitere Angaben	
Begründung für Abschluss:	

Therapieende:Bericht erstellt
durch: _____**Anzahl Therapiektionen:**

Ort, Datum: _____

Zur Kenntnis genommen durch die Schulleitung: _____

Ablage: Schulverwaltung Schülerdossier – Kopie an Eltern durch Therapeutin